

Perfil dos usuários do Programa Melhor em Casa em um município do centro-oeste do Paraná

Users profile of the Programa Melhor em Casa in a municipality in the Midwest of Paraná

Perfil de usuarios del Programa Mejor em Casa en un municipio del medio oeste de Paraná

Lucivaldo José Castellani¹
Cristiana Magni²

1 Mestre em Desenvolvimento Comunitário pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). Especialista em Saúde Mental pela Faculdade Guairacá, e em Clínica Psicanalítica pela Universidade Estadual de Londrina. Graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), em Teologia pela Faculdade Missioneira do Paraná, e em Filosofia pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Atua como psicólogo na Secretaria Municipal de Saúde, do município de Guarapuava, PR, e é docente do Colegiado de Psicologia, da UniGuairacá. E-mail: lucivaldocastellani@yahoo.com.br, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1861-891X>

²Doutora em Genética pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestre em Distúrbios da Comunicação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Especialista em Gestão da Saúde Pública pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Graduada em Fonoaudiologia pela PUC-SP. Professora adjunta C do Departamento de Fonoaudiologia e docente do Mestrado em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), no estado do Paraná. E-mail: crismagni@unicentro.br, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5412-8411>

Resumo: O Programa Melhor em Casa (PMC) é um dos dispositivos de atenção à saúde que visa proporcionar um tratamento humanizado aos usuários em domicílio, mediante a assistência contínua a pacientes com dificuldades ou impossibilidades de locomoção. Este estudo tem por objetivo apresentar o perfil dos usuários PMC em um município de médio porte do centro-oeste do Paraná. Realizou-se um estudo documental, exploratório-descritivo. A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e setembro de 2018. Os resultados apontaram que, no período pesquisado, a maioria dos usuários acompanhados apresentou idade igual ou superior a 60 anos; predomínio do atendimento a usuários do sexo feminino, com doenças crônicas, entre elas, as neoplasias. Como conclusão, percebeu-se que o conhecimento do perfil dos usuários é relevante para a elaboração de planos de ação e estratégias mais específicas à realidade local, visando à melhoria da assistência domiciliar no município.

Palavras-chave: gatendimento domiciliar; Programa Melhor em Casa; usuários, perfil.

Abstract: The Programa Melhor em Casa (PMC) is one of the health care devices that aims to provide humanized treatment to users at home through continuous assistance to patients with mobility difficulties or impossibilities. This study aims to present the profile of PMC users in a medium-sized municipality in the Midwest of Paraná. A documentary, exploratory-descriptive study was carried out. Data collection had been carried out between April and September 2018. The results have shown that in the surveyed period most of the monitored users were aged 60 years or over; predominance of assistance to female users, with chronic diseases, including neoplasms. In conclusion, it was noticed that the knowledge of the users' profile is relevant for the elaboration of action plans and strategies more specific to the local reality, aiming for the improvement of home care in the municipality.

Keywords: home care; Programa Melhor em Casa; users, profile.

Resumen: El Programa Melhor em Casa (PMC) es uno de los dispositivos sanitarios que tiene como objetivo brindar un tratamiento humanizado a los usuarios en el hogar, mediante la asistencia continua a los pacientes con dificultades o imposibilidades de movilidad. Este estudio tiene como objetivo presentar el perfil de los usuarios de PMC en un municipio mediano del medio oeste de Paraná. Se realizó un estudio documental, exploratorio-descriptivo. La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de abril y septiembre de 2018. Los resultados mostraron que, en el período encuestado, la mayoría de los usuarios monitoreados tenían 60 años o más; predominio de la asistencia a usuarios de sexo femenino, con enfermedades crónicas, incluyendo neoplasias. Como conclusión, se advirtió que el conocimiento del perfil de los usuarios es relevante para la elaboración de planes de acción y estrategias más específicas a la realidad local, orientadas a la mejora de la atención domiciliar en el municipio.

Palabras clave: cuidados en el hogar; Programa Melhor em Casa; usuarios; perfil.

1 INTRODUÇÃO

Com a Constituição de 1988 e, posteriormente, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início de 1990, a atenção à saúde no Brasil fundamenta-se como um direito da população e um dever do Estado, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

As políticas de saúde que sustentam o SUS foram desafiadas à construção de modelos assistenciais com respostas aos problemas e necessidades de saúde, considerando a diversidade política, econômica e cultural do país. Transição epidemiológica, envelhecimento populacional, superação do modelo tecnoassistencial foram alguns desafios que exigiram esforços dos gestores e profissionais de saúde a buscar alternativas para atender às necessidades de saúde da população. Demandas por maior qualidade de atenção, por cuidados integrais e contínuos têm motivado o fortalecimento de novas estratégias em saúde, entre elas, o atendimento domiciliar.

A perspectiva de crescimento populacional estima que o número de idosos com mais de 65 anos duplicará nos próximos vinte anos, e as doenças crônico-degenerativas ocuparão lugar de destaque no Brasil. A Atenção Domiciliar (AD) tem se mostrado como uma resposta às mudanças demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais, tanto no Brasil quanto no cenário mundial, no sentido de viabilizar e dar sustentabilidade econômica aos sistemas de saúde com propostas de cuidado ampliado aos usuários e às famílias.

A necessidade de superação do modelo assistencial de saúde centrado na doença e nos cuidados do ambiente hospitalar tem identificado o engajamento em novos saberes e práticas que enfoquem a identificação e análise dos problemas e das necessidades de saúde contemporâneas, centrado no usuário e nas características fundamentais do cuidado em saúde. A AD desafia a lógica tradicional de produção de cuidado ao ultrapassar os muros das instituições de saúde com a ampliação dos espaços de atenção não tradicionais, tornando-se uma modalidade substitutiva ao possibilitar a produção de novos modos de cuidar, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em

domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde.

A AD, como aposta no cuidado de alguns perfis de usuários não alcançados em outros espaços, tem levado gestores, trabalhadores, pesquisadores, usuários e famílias a repensar o modelo de atenção à saúde e as ofertas existentes com vistas à produção da integralidade. Isso implica que as equipes trabalhem na complexidade do território da casa, na multiplicidade de dinâmicas familiares, incorporando seus valores e saberes ao cuidado.

É notória a expansão dos serviços de AD no país a partir da década de 1990. Pessoas com necessidades de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos ou que estejam em situação pós-cirúrgica contam com atendimento domiciliar cujo tratamento vem sendo garantido por equipes Multiprofissionais de AD que atuam em mais de 20 estados do Brasil.

O Programa Melhor em Casa (PMC) é regulamentado pela Portaria GM/MS n. 825, de 25 de abril de 2016, a qual considera a modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Urgência e Emergência (RUE) e às Redes de Atenção à Saúde (RAS) devido à sua capacidade intrínseca de captar o usuário na fase pré-hospitalar, o qual, já estabilizado, frequentemente passa por longos períodos aguardando vaga em leitos hospitalares, quando poderia finalizar o tratamento no domicílio.

O PMC organiza a assistência domiciliar em três níveis: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1) para pacientes crônicos de baixa complexidade, que deveriam ser seguidos uma vez ao mês por profissionais das Unidades Básicas da Rede de Atenção Básica (RAB); Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) para pacientes de média complexidade, necessitando acompanhamento semanal do SAD; e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3) para pacientes com maior complexidade e necessidades, recebendo assistência do SAD com maior frequência. As visitas domiciliares realizadas pretendem avaliar o grau de dependência do paciente, a capacidade do cuidador para o cuidado necessário, bem como acompanhar a pessoa dependente de cuidados até alcançar a alta do Programa, que acontece nos casos de estabilidade e de melhora do quadro clínico, em que os usuários são encaminhados para a Atenção Primária em Saúde (APS); nos casos de agudização, os usuários são encaminhados para instituições hospitalares ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA), ou mesmo no caso de óbito domiciliar.

A organização do atendimento domiciliar é composta por equipes denominadas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), compostas por médico (a), enfermeiro (a), auxiliar/técnico de enfermagem, fisioterapeuta e/ou assistente social; e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), podendo ser compostas por assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, dentista, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2016).

Diante disso, o objetivo deste trabalho é apresentar o perfil dos usuários do PMC em um município de médio porte, identificando suas potencialidades como modalidade substitutiva ou complementar na atenção à saúde.

2 METODOLOGIA

Este estudo é parte de uma dissertação de mestrado, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Centro Oeste (Unicentro), sob o Parecer 3.087.094. Consiste em uma pesquisa documental, exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, cujo cenário foi o PMC de uma região do centro-oeste do Paraná.

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador e profissional de saúde da equipe multidisciplinar, entre os meses de abril e setembro de 2018, por meio de consulta aos prontuários físicos e fichas de cadastros dos usuários, disponíveis na Sede do Programa, cadastrados no período de 2014 a 2018.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As pesquisas que avaliam a assistência domiciliar num contexto de saúde pública convergem em apontar os resultados sobre a importância do serviço de Internação Domiciliar como estratégia para a desospitalização e humanização do cuidado (LIMA-COSTA; BARRETO, 2002; NEVES *et al.*, 2019; PROCOPPIO *et al.*, 2019). A tabela 1 mostra que o perfil dos usuários internados no domicílio, no município em questão, acompanha algumas tendências do envelhecimento da população que ocorrem em todo o mundo. A faixa etária dos usuários acima de 60 anos representa um total de 79%, o que estabelece o predomínio de idosos.

De acordo com estudos brasileiros, cerca de 85% dos idosos apresenta, pelo menos, uma doença crônica, e cerca de 10%, pelo menos cinco enfermidades (BRASIL, 2012; LOPES *et al.*, 2019; FORNER; ALVES, 2020), as quais perduram por vários anos e demandam ações constantes por parte dos serviços e dos profissionais de saúde.

O SAD é visto como um serviço destinado a todas as faixas etárias, mas a maioria da população beneficiada é idosa (BORBA, 2013). Dessa maneira, o atendimento domiciliar emerge como estratégia potente para oferecer melhor atenção, de forma mais humanizada, tendo ainda em seu favor a redução de custos com internações hospitalares (BRASIL, 2013), das quais o idoso representa o grande público (GOYANNA, 2017). Em um estudo recente sobre a caracterização clínica e epidemiológica em pacientes atendidos por um programa público de AD em Montes Claros, MG, identificou-se que 67,9% dos usuários eram idosos, dos quais 35% estavam na faixa de 60 a 79 anos (SILVA *et al.* 2019). Já um estudo que buscou identificar o perfil de pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, identificou que 80% são idosos e que a faixa etária de maior prevalência (94%), foi de 79 anos ou mais (CARNAUBA *et al.*, 2017).

Tais estudos indicam, diante da transição demográfica que vem ocorrendo, como fenômeno mundialmente assistido, o aumento do número de idosos. Além disso, aponta também para o fato de que o avançar da idade traz uma redução da reserva funcional, da capacidade de o organismo adaptar-se para manter equilíbrio energético, o que pode compreender os mecanismos necessários para a realização das atividades e aumentar a prevalência de doenças, agravos e incapacidades, tornando a pessoa idosa mais propensa a desenvolver a condição de fragilidade e, conseqüentemente, a necessidade de cuidados domiciliares (MORAES *et al.*, 2020)

Tabela 1 – Perfil dos usuários do PMC em um município do centro-oeste do Paraná

Variáveis	N	%
SEXO		
Feminino	522	54,7
Masculino	433	45,3
FAIXA ETÁRIA		
0 A 59 ANOS	201	21
Acima de 60 anos	755	79
PROCEDÊNCIA		
Hospitais e UPAS	401	42
Atenção Básica	555	58
AGRAVOS		
Neoplasias	372	39
Doenças Cardiovasculares	296	31
Doenças Neurodegenerativas	114	12
Aparelho Respiratório	77	8,1
Causas externas	29	3,1
ALTAS		
Óbitos no domicílio	560	58,6
Altas para AB	392	41
Alta administrativa	4	0,4

Fonte: Os próprios autores.

Houve predominância do sexo feminino nas internações ao PMC no referido município, conforme a Tabela 1, concordando com outros estudos. Em 2006, a população idosa nas regiões Sul e Nordeste, em relação à AD, era caracterizada por 60% sendo mulheres (BRASIL, 2012). Em 2011, um estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico da população assistida pelo Programa de Internação Domiciliar, entre maio de 2005 e 2008, apontou 54,7% de atendimento a pessoas do sexo feminino (MARTELLI *et al.*, 2011). Em 2012, 59,7% de pacientes idosos em cuidado domiciliar, em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, era do sexo feminino (FORNER; ALVES, 2020). Em 2013, ao avaliar a efetividade da AD em uma cooperativa médica de Belo Horizonte, MG, foi identificada uma

população com idade média de 85,2 anos e 74% de prevalência de mulheres (BISCIONE *et al.*, 2013). Em 2016, a prevalência de 100 municípios apontou as mulheres com maior probabilidade de recebimento de atenção domiciliar (WACHS *et al.*, 2016).

A predominância do sexo feminino também pode ser explicada através de resultados de pesquisa do IBGE (IBGE, 2010). Ao observar a razão do sexo por grupos etários no Brasil, notou-se que, até o grupo de 20 a 24 anos de idade, a razão do sexo foi superior a 100,0, indicando que havia excedente de homens na população. Para as idades acima de 25 anos, o excedente passa a ser feminino, sendo que, no grupo de 60 anos ou mais de idade, o indicador foi de 80,0 homens para 100 mulheres nessa faixa etária (CARNAUBA, 2017).

Entre os agravos dos usuários admitidos e acompanhados em internamento domiciliar no PMC do presente estudo, conforme Tabela 1, destacam-se as neoplasias. A maioria das doenças são crônico-degenerativas, causando dependência e a necessidade de atendimento domiciliar. Tais doenças são decorrentes de um novo perfil de demandas por cuidados específicos e de novas necessidades de saúde (BRAGA *et al.*, 2016; CRUZ *et al.*, 2020). É o caso das pessoas vivendo com doenças crônicas não transmissíveis e complexas, tais como insuficiência cardíaca (SARELA, 2009), Doença Pulmonar Obstrutiva Grave (DPOC) (RIZZI *et al.*, 2009; MOTA, 2019), pacientes com Ventilação Mecânica (SILVA *et al.*, 2019). Esse novo perfil é fortemente impactado pela maior dependência para as atividades da vida diária dessa população, tais como alimentação, banho, deslocamento e autocuidado, o que tem exigido rearranjos familiares, além da contratação de pessoas/cuidadores de diferentes serviços.

Do total de usuários acompanhados entre 2014 e 2018, 564 (59%) entraram em óbito no domicílio ao longo do internamento domiciliar, sendo este o maior motivo de alta do Programa. O processo de terminalidade, muitas vezes prolongado e associado às doenças crônicas, leva a um enfrentamento, tanto pelo paciente como para quem cuida dele, envolvendo inclusive decisões aos momentos finais da vida. O estudo de Marcucci e Cabrera (2015) verificou a preferência do local de óbito de 100.307 pessoas, com inclusão de 210 estudos de 34 países. Esta pesquisa encontrou uma

forte preferência pelo óbito em domicílio, quando há disponibilidade de suporte adequado às demandas dos pacientes. O PMC tem se apresentado como iniciativa de assistência e acompanhamento a usuários com perfil clínico em que prevalecem as condições crônicas e em cuidados paliativos e associados à predisposição do óbito no domicílio como opção para os usuários e seus familiares, em que o evento da morte é vivenciado de forma mais humanizada.

Quanto às neoplasias, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (BRAGA, 2016), o câncer vem acometendo uma parcela significativa da população, podendo ser um problema maior nas próximas décadas. A mais recente estimativa mundial, em 2018, aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer (17 milhões sem contar os casos de câncer de pele não melanoma) e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões, excluindo os cânceres de pele não melanoma) (CRUZ *et al.*, 2020). O número estimado de novos casos aumentará de 10 milhões (no ano 2000) para 27 milhões em 2030 (BRAGA, 2016). Poderão ser 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivendo com neoplasias malignas, sendo o maior aumento em países de baixa renda. Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma) (CRUZ *et al.*, 2020).

Tendo-se sobressaído em primeiro plano as neoplasias nas admissões e internamentos dos usuários na AD, o Programa Melhor em Casa mostra-se um potente dispositivo para garantir ações que possibilitem maior qualidade de vida, bem-estar, conforto e dignidade humana, centradas na pessoa e em suas necessidades. No Brasil, o Ministério da Saúde normatizou os cuidados paliativos que dispõem sobre as diretrizes dos cuidados paliativos no âmbito do SUS e afirma que esses devem ser ofertados, entre outros, na PS e AD (BRAVALHIERI *et al.*, 2020). A Atenção Domiciliar possibilita diminuir possíveis danos aos pacientes, tais como risco de infecção hospitalar e estresse emocional, reunindo condições físicas, afetivas e sociais importantes, sobretudo no processo de humanização do paciente (POZZZOLI; CECÍLIA, 2017). Estar no aconchego do lar traz benefícios para o paciente, que pode ter a todo tempo a presença dos familiares, mantendo-se na intimidade do seu ambiente familiar, podendo usufruir das suas coisas pessoais e hábitos,

fortalecendo, assim, a sua autonomia. Para os familiares que podem cuidar de forma mais ativa do seu ente querido, a possibilidade de prevenir o luto patológico faz com que se sintam ansiosos com a proximidade do cuidado no lar (BORBA, 2013).

Quanto às altas dos usuários do PMC, a Tabela 1 apresenta que os usuários admitidos, acompanhados e estabilizados foram referenciados para a APS. Isto faz com que o PMC promova uma interface entre a atenção terciária (hospital) e a atenção primária, uma vez que, no momento da alta do Programa, os pacientes são referenciados para as unidades básicas de saúde (UBS) do território de residência do usuário. Diante da dificuldade de acesso dos usuários à APS, o PMC atua de forma a realizar essa transição entre hospital-unidade de saúde por meio da comunicação estabelecida entre os serviços no final do acompanhamento domiciliar, preservando a continuidade do cuidado integral, propiciando um mecanismo de articulação entre os serviços hospitalares e as UBS, de forma a oportunizar o cuidado integral, uma vez que a escassez de informações entre essas ações pode resultar na segmentação desse cuidado (PROCÓPIO, 2019; BRASIL, 2012).

A alta e o encaminhamento para APS apresenta o caráter de resolutividade do programa, uma vez que a saída por alta clínica é possível, desde que haja estabilidade ou melhora da condição clínica averiguada na admissão (RIZZI *et al.* 2019). Para a caracterização do perfil do PMC deste estudo, houve dificuldade quanto à identificação do verdadeiro motivo da alta, já que, nos prontuários manuscritos, não foram encontrados esses dados. Normalmente, a alta pode ser decorrente de fatores como melhora das condições clínicas, agravo do quadro que justifique internação hospitalar, piora de condições domiciliares mínimas que comprometa resolutividade e/ou segurança na atenção domiciliar, óbitos, além de solicitação da própria família para o desligamento do Programa (BRASIL, 2012; SOUZA *et al.*, 2019). É possível também a alta administrativa, quando, por alguma situação, não surgem tensões e desacordo entre cuidador/família/paciente, ou, ainda, pelo não cumprimento das combinações construídas no plano de cuidados. Ao longo do período deste estudo, houve uma incidência pequena de casos de alta administrativa, conforme a Tabela 1.

A respeito da rotatividade do Atendimento Domiciliar, a Nota Técnica n. 1/2018-DAHU/DIVAD/DAHU/SAS/MS, de 4 de junho de 2018 (BRASIL, Nota Técnica n. 1/2018, 2018), marca uma nova etapa do monitoramento dos dados do Programa Melhor em Casa. O monitoramento sistemático por parte do Ministério da Saúde vinha sendo realizado para fins de manutenção ou suspensão dos repasses dos recursos de custeio, com base na identificação do cadastro das equipes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e do envio de dados ao SISAB. A partir da referida nota técnica, o maior foco é na atuação do SAD no atendimento à população e aos usuários beneficiados, inclusive com vistas ao estabelecimento de parâmetros de qualidade. Sobre o percentual mensal do desfecho de alta, a orientação é de que a média mensal seja igual ou superior a 10% do total dos usuários admitidos para acompanhamento, e, comparativamente aos dados do período entre os anos desde 2014 a 2018, a média mensal de alta foi de 2,94%, média bem inferior ao indicador proposto pelo Ministério da Saúde.

Quanto à procedência dos usuários que buscam o serviço, conforme a Tabela 1, observa-se que uma parcela provém do ambulatório de oncologia de uma unidade hospitalar do município. Tais dados sinalizam a continuidade do tratamento iniciado no internamento hospitalar, bem como uma importante demanda de cuidados paliativos referenciados aos serviços de internamento domiciliar. A intervenção conjunta no manejo dos pacientes oncológicos conduz a um modelo de atenção compartilhada que permite ao usuário receber tratamento em todos os níveis de atenção, sem perder a continuidade dos cuidados.

A Resolução de n. 41, de 31 de outubro de 2018 (BRASIL, Resolução n. 41, 2018), que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do SUS, afirma que os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, em que as equipes de atenção domiciliar, cuja modalidade será definida a partir da intensidade do cuidado, observando-se o plano terapêutico singular, deverão contribuir para que o domicílio esteja preparado e seja o principal *locus* de cuidado no período de terminalidade de vida, sempre que desejado e possível. O aconchego do lar e dos familiares, aliado ao trabalho com equipes interdisciplinares,

adquire papel fundamental, enfoque humanista e integral para o tratamento de pacientes sem possibilidade de cura, minimizando os sintomas e aumentando a qualidade de vida (POZZOLI; CECILIA, 2017).

O Programa Melhor em Casa de Guarapuava conta com equipes generalistas que oferecem conforto, alívio da dor e preparação do usuário e familiares para o momento do óbito. Dedicam-se ao cuidado, defrontando-se de maneira intensa com o sofrimento. O conforto que oferecem ao usuário e às suas famílias vai além dos cuidados fisiológicos, visando ao ser humano de forma integral, atravessados pelos valores culturais e religiosos dos indivíduos e das famílias sob seus cuidados. Esta filosofia de cuidado vem se afirmando a partir das trocas e vivências interprofissionais entre os membros da equipe, seguindo a proposta do Programa Nacional de Cuidados Paliativos, na Portaria n. 19/GM/2002, de 3 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2002), que, em seu Art. 1º, apresenta como uma das responsabilidades do programa promover a educação de profissionais de saúde e da comunidade, articulando e promovendo iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e educação comunitária para assistência em cuidados paliativos.

Para todos os usuários atendidos neste PMC, houve a presença do cuidador. Esta é uma das condições indispensáveis para que ocorra a assistência domiciliar (PROCOPIO, 2019). O cuidador é a pessoa que, no espaço privado doméstico, realiza ou ajuda o doente com limitação para realizar suas atividades básicas e instrumentais de vida diária, que vão desde a higiene pessoal até a administração financeira da família, com o objetivo da preservação de sua autonomia e de sua independência. A tarefa de cuidar torna-se ainda mais complexa, dependendo do processo evolutivo da doença, provocando alterações na dinâmica familiar e sendo necessária a alteração do estilo de vida em função do aumento da necessidade de cuidados, sendo que, mesmo após a morte do doente, a sua memória e legado persistem e afetam a vida dos familiares (POZZOLI, CECILIA, 2017).

A assistência da equipe multiprofissional prestada no domicílio considera o contexto das relações familiares para a eficácia terapêutica proposta, de modo que é importante que a família esteja ciente do processo de cuidar da pessoa assistida, comprometendo-se junto da equipe na realização das atividades a serem desenvolvidas. Dessa forma, o vínculo familiar, as relações

afetivas estabelecidas e aliadas à infraestrutura do domicílio possibilitam o planejamento, a execução, a troca de saberes e a humanização do cuidado domiciliar ao usuário.

4 CONCLUSÃO

O perfil dos usuários em atendimento domiciliar pelo PMC, no referido estudo, tem, em sua maioria, usuários idosos, com predominância de mulheres, com doenças crônicas, sendo o agravo mais prevalente as neoplasias com procedência de uma unidade hospitalar do município. Conhecer o perfil dos usuários admitidos neste programa permitiu a reflexão sobre a nova organização do processo de trabalho, tendo sido considerado uma importante ferramenta para o planejamento e a gestão de saúde, trazendo subsídios à elaboração de planos de ação e estratégias mais específicas à realidade local, que possam propiciar a melhoria da assistência domiciliar no município.

A caracterização do perfil dos usuários em atendimento domiciliar pelo PMC aponta para o atendimento domiciliar como um potente dispositivo do SUS para o atendimento das demandas atuais de saúde da população. É uma alternativa assistencial que acolhe as novas demandas advindas das mudanças populacionais e epidemiológicas, contribuindo para melhor compreensão sobre a reestruturação produtiva em saúde, para um atendimento mais humanizado, personalizado e integrado a diferentes pontos das RAS, transformando o domicílio e as relações nele instituídas em mais um espaço de cuidado.

REFERÊNCIAS

BISCIONE, Martín Fernando *et al.* Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte. *Cadernos de Saúde Pública*, Minas Gerais, n. 29, supl. 1, p. 73-80, 2013.

BORBA, André Ricardo Binda de. Avaliação do serviço de atenção domiciliar no âmbito do SUS no município de Maracanaú-CE. 2013. 77 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, 2013.

BRAGA, Patricia Pinto *et al.* Oferta e demanda na Atenção Domiciliar em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 21, n. 3, p. 903-12, maio/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro da Comissão Tripartite. *Resolução n. 41*, de 31 de outubro de 2018. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Nota Técnica n. 1/2018- DAHE/ DIVAD/DAHU/SAS/MS*, de 4 de junho de 2018. Dispõe sobre o monitoramento dos serviços de atenção domiciliar. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 825*, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília, DF: MS, 2013. V. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. *Portaria n. 19*, de 3 de janeiro de 2002. Brasília, DF, 2002.

BRAVALHIERI, Anna Alice Vidal; BARBOSA, Suzi Rosa Miziara; ASSIS, Maria de Fátima Bregolato Rubira; PENHA, Ramon Moraes. Características de pacientes com indicação de cuidados paliativos em uma unidade de cuidados prolongados em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. *Multitemas*, Campo Grande, MS, v. 25, n. 59, p. 211-26, jan./abr. 2020.

CARNAUBA, Dâmaso Montenegro Carla *et al.* Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 353-64, 2017.

CRUZ, Rodrigues Karolline Priscila *et al.* Difficulties of access to health services among non-institutionalized older adults: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, [s.p.], jan. 2020.

FORNER, Comerlato Fernanda; ALVES, Ferrazza Cassia. Uma revisão de literatura sobre os fatores que contribuem para o envelhecimento ativo na atualidade. *Revista Universo Psi*, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 1, p. 150-74, jul./dez. 2020.

GOYANNA, Natalia Frota. *Cuidado de enfermagem domiciliar ao idoso: abordagem à luz do modelo de cuidado transpessoal*. 2017. 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) –Universidade Federal do Ceará, *campus* de Sobral, CE, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *12º Censo Demográfico IBGE*. Rio de Janeiro: IBGE: 2010.

LIMA-COSTA, Fernanda Maria; BARRETO, Sandhi; GIATTI, Luana. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde dos idosos e adultos jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD/98. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 813-34, out. 2002.

LOPES, Barbosa Reis Daniella *et al.* Independência funcional e os fatores que influenciam o âmbito de assistência domiciliar ao idoso. *Revista Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 285-300, abr./jun. 2019.

MARTELLI, Barbosa Reis Danieli *et al.* Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 147-57, 2011.

MARCUCCI, Iwanotto Cesar Fernando; CABRERA, Sarria Aparecido Marcos. Morte no hospital e no domicílio: influências populacionais e das políticas de saúde em Londrina, Paraná, Brasil (1996 a 2010). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 833-40, jan. 2015.

MORAES, Nunes Edgar; CARMO, Juliana A.; MACHADO, Carla j.; MORAES, Flávia L. Índice de vulnerabilidade clínico-funcional-20: proposta de classificação e hierarquização entre os idosos identificados como frágeis. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, Sorocaba, v. 22, n. 1, p. 31-5, 2020.

MOTA, Turano Rafael, Qualidade de vida de pacientes com câncer de pulmão: uma revisão do escopo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 135-47, mar./abr. 2019.

NEVES, Jeronymo Oliveira Carolina Ana *et al.* Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 29, n. 2, [s.p.], ago. 2019.

POZZOLI, Sandra Maria Luciano.; CECILIA, Luiz Carlos de Oliveira. Sobre o cuidar e ser cuidado na atenção domiciliar. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 15, p. 116-29, outubro-dezembro/2017.

PROCOPIO, Rodrigues Cláudia Laiane *et al.* A atenção domiciliar no âmbito do SUS: desafios e potencialidades. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 592-604, abr./jun. 2019.

RIZZI, Maurizio *et al.* A specific home care program improves the survival of patients with chronic obstructive pulmonary disease receiving long term oxygen therapy. *Arch Phys Med Rehabil*, [s.l.], v. 90, n. 3, p. 295-401, mar. 2009.

SILVA, Lara Kênia *et al.* Trajetória política da AD em Minas Gerais. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 23, e-1155, nov. 2019.

SARELA, Antti *et al.* Service and business model for technology enabled and home-based cardiac rehabilitation programs. ANNUAL CONFERENCE OF THE INSTITUTE OF ELECTRICAL AND ELECTRONIC ENGINEERS (IEEE), novembro de 2009. *Anais [...]*. [s.l.]: [s.n.], 2009.

SOUZA, Vania *et al.* Fatores associados a não efetivação da alta na assistência domiciliar. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 624-31, jul. 2019.

WACHS, Soares Louriele *et al.* Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, mar. 2016.